THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
MENTION : MÉDECINE

ANNÉE 1933 N° 45

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

par

Mohamed ROUCHDY
né à MANFALOUT (Egypte), le 20 novembre 1909

Etude Statistique des Causes de mort naturelle du Nouveau-né

(Consideration Médico-Légales)

Président: Monsieur le Professeur CHAVIGNY

IMPRIMERIE DE LA BOURSE
1933

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
MENTION : MÉDECINE

ANNÉE 1933 N° 43

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

par

Mohamed ROUCHDY
né à MANFALOUT (Egypte), le 20 novembre 1909

Etude Statistique des Causes de mort naturelle du Nouveau-né

(Consideration Médico-Légales)

Président: Monsieur le Professeur CHAVIGNY

IMPRIMERIE DE LA BOURSE
1933

SERMENT D'HIPPOCRATE.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les sercrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen ..... MM. MERKLEN ✲ ✪ I.
Asssesseur ..... NICLOUX ✲ ✪ I.

Professeurs

Embryologie	MM.	ANCEL ✲ ✪ I.
Anatomie		FORSTER ✲ ✪ I.
Histologie		BOUIN O. ✲ ✪ I.
Physiologie		SCHAEFFER ✪ I.
Physique biologique		VLES ✲ ✪ I.
Chimie biologique		NICLOUX ✲ ✪ I.
Anatomie pathologique		MASSON ✲ ✪ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		SCHWARTZ ✪ I.
Hygiène, Bactériologie		BORREL C. ✲ ✪ I.
Médecine légale		CHAVIGNY C. ✲ ✪ I.
		MERKLEN ✲ ✪ I.
Clinique médicale		AMBARD ✲ ✪ I.
		SORREL ✲
Clinique chirurgicale		STOLZ ✲ ✪ I.
Clinique ophtalmologique		WEILL ✪ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER O. ✲ ✪ I.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF ✲ ✪ I.
Clinique neurologique		BARRE ✲ ✪ I.
Clinique gynécologique et accouchements		REEB ✪ I.
Clinique infantile		ROHMER ✲ ✪ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique .		CANUYT ✲ ✪ I.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		X.

Professeurs sans chaire:

MM. ARON Max ✪ I.
BELLOCQ ✪ I.
MM. FONTES ✪ A.
GERY ✪ I.

Chargés de cours et Agrégés:

MM. BENOIT ✪ A.
GELMA ✪ I.
GUNSETT ✲ ✪ A.
HANNS ✲ ✪ A.
HUMBERT ✲ ✪ A.
KAYSER
KELLER ✪ I.
MM. KREIS ✪ A.
LARROUSSE ✪ A.
REISS
SIMON ✲ ✪ A.
SIMONIN ✲ ✪ A.
VAUCHER ✲ ✪ A.
WEISS A.

Chargés d'un cours complémentaire:

MM. MEYER M. ✪ A., ROE DERER

A MON PERE
S. E. MOUSTAFA ROUCHDY BEY

à qui je dois tout,
humble témoignage de ma très vive
et affectueuse reconnaissance.

A MA MERE

Hommage de sincère et reconnaissante affection

A MON FRERE ET A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR
PAUL CHAVIGNY,

qui a bien voulu nous faire le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse,
Hommage de ma respectueuse admiration.

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE STRASBOURG.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE
SIMONIN

à qui je dois l'idée de ce travail et auquel je reste profondément reconnaissant pour la bienveillance avec laquelle il m'a aidée à le réaliser.
Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse gratitude.

INDRODUCTION

Le but que nous poursuivons en entreprenant ce travail est de déterminer la fréquence relative des causes de mort naturelle que l'on observe chez le nouveau-né peu de temps après la naissance.

Cette étude présente une grande importance médico-légale, car il arrive assez souvent que le médecin-expert requis par les tribunaux pour examiner le cadavre d'un nouveau-né, afin de déterminer si la mort est le résultat d'un infanticide, se trouve très embarassé pour rédiger ses conclusions lorsqu'en l'absence de toutes traces de violences, l'autopsie du cadavre n'aboutit qu'à des constatations de signes d'asphyxie ou encore reste absolument négative.

Il est donc intéressant de savoir dans quelle proportion la mort naturelle d'un enfant nouveau-né s'accompagne à l'autopsie des lésions asphyxiques ou même ne permet de déceler aucune lésion pouvant expliquer la mort.

La riche documentation réciproque que possède l'Institut Anatomo-Pathologique de notre Faculté permettait d'apporter sur ces faits des renseignements extrêmement utiles. Nous devons à l'obligeance de M. *Gerry*, l'autorisation d'avoir pu consulter les archives de l'Institut qu'il dirige et d'extraire de ces archives tous les renseignements

utiles qui nous ont permis d'entreprendre ce travail. Ce sont les résultats de ses recherches que nous nous proposons d'exposer ici:

Notre travail comprendra donc:

1° Une statistique s'étendant sur les dix dernières années, des causes de la mort des nouveau-nés ayant vécu un maximum de 7 jours, ainsi que l'étude particulière de ces différentes causes.

2° L'asphyxie du nouveau-né.

Nous avons relevé tout d'abord dans les archives de l'Institut d'Anatomie Pathologique de la Faculté de Médecine de Strasbourg tous les protocoles d'autopsie de cadavres des nouveau-nés décédés sept jours au plus après la naissance. Cela nous permet déjà d'apporter ici une statistique s'étendant de l'année 1923 à 1932 sur la fréquence des causes de mort relevées par l'autopsie.

PREMIÈRE PARTIE

Statistique et considérations générales

sur les

causes de mort naturelle du nouveau-né

STATISTIQUE

Hémorragies méningées et cérébrales (dont 19 sont chez des prématurés débiles)	100	soit 29%
Prématurés débiles (dont 63 sont sans lésions macroscopiques et 5 cas de nouveau-nés enfantés au cours de grossesses gemellaires).	82	soit 23%
Causes variables	57	soit 16,5%
Syphilis	30	soit 9%
Malformations congénitales	20	soit 6%
Asphyxie	56	soit 16,5%
Ces cas comprennent:		
Asphyxie inexpliquée chez les prématurés	18	soit 5,4%
Asphyxie expliquée	5	soit 1,5%
Enfants nés en état d'asphyxie	9	soit 2,7%
Asphyxie inexpliquée chez les enfants à terme	16	soit 4,6%
Causes inconnues	8	soit 2,3%
Nombre de cas	345	

Pour connaître la fréquence des cas de mort naturelle du nouveau-né dans les premiers jours qui suivent la naissance, nous nous sommes informés auprès de l'Ecole des Sages-Femmes et de la Clinique d'Accouchement (d'où proviennent les cadavres autopsiés à l'Institut d'Anatomie Pathologique) du nombre annuel des naissances et nous avons appris ainsi que durant la période qui s'étend entre 1923 et 1932, il est né dans ces deux instituts approximativement 35.000 enfants. Comme nous avons relevé dans les archives de l'Institut Anatomo-Pathologique pour la période de l'année 1932 à 1932, 345 protocoles d'autopsie, se rapportant à des cadavres des nouveau-nés morts dans les premiers sept jours de la vie, soit à la Clinique d'Accouchement, soit à l'Ecole des Sages-Femmes, nous pouvons déduire que 1% de nouveau-nés meurent rapidement après la naissance de causes variables que nous allons envisager maintenant.

II. - ETUDE PARTICULIÈRE SUR LES DIFFÉRENTES CAUSES DE LA MORT

Nous allons aborder cette étude extrêmement vaste en rapportant d'abord quelques exemples de protocoles d'autopsie que nous ferons suivre de quelques considérations anatomo-pathologiques.

A. — HEMORRAGIES CEREBRO-MENINGEES: 29%

Voici quelques exemples de protocoles d'autopsie des enfants morts d'hémorragie cérébro-meningées. Nous avons trouvé un cas survenu dans un accouchement normal. Nous nous sommes surtout intéressés aux cas de mort survenus un jour après la naissance pour nous rapprocher le plus possible des circonstances médico-légales les plus habituelles.

Première observation.

Enfant âgé d'un jour:

Diagnostic clinique: Hémorragie cérébrales des deux hémisphères.

Diagnostic anatomique: Hémorragie meningée diffuse moyenne des deux hémisphères. — Hémorragie ventriculaire gauche. — Congestion du thymus et des viscères. — Taches de Tardieu sur les poumons et sur le cœur. — Atélectasie Pulmonaire.

Examen du cadavre: Enfant d'un jour.

Poids ..... 2850 gr.
Longueur ..... 48 cm.

Pas de malformations. — Téguments rouges. — Pannicule adipeux: très peu développé. — Masses musculaires: très faibles.

Cœur: forme normale. — Taches d'asphyxie sur l'épicarde.

Poumons: 30 grammes chacun.

Les deux poumons sont résistants et rouges foncés; taches d'asphyxie disseminées.

A la coupe: Plongent dans l'eau en partie — quelques rares foyers à alvéales déplissées surnageant.

Thymus: très congestionné.

Rate: 10 grammes.
Consistance normale.
Couleur: rouge foncé avec des taches plus noirâtres.

A la coupe: unie, rouge foncé.
Pulpe blanche: à peine visible.
Boue splénique: nulle.

Foie: 130 grammes.
Capsule de glisson: lisse, couleur rouge foncé.

A la coupe: congestion prononcée, consistance molle.
Couleur: rouge foncée.

Reins: 20 grammes chaque.
Congestion des deux reins.

Encéphale: Hémorragie meningée diffuse moyenne des deux hémisphères (hémorragie ventriculaire gauche).

Deuxième observation.
Enfant R., âgé de 2 jours.

Diagnostic clinique: Prématuré-Collapsus.

Diagnostic anatomique: Enfant prématuré.
Poids: 1.050 gr. Longueur: 42 cm.
Hémorragie meningée diffuse.

Troisième observation.

Enfant K., âgé de 1 jour.

Diagnostic clinique: Hémorragie meningée des hémisphères cérébrales ou intra-cérébrales. — Cyanose.

Diagnostic anatomique: Enfant débile prématuré.

Poids ..... 2280 gr.
Longueur ..... 45 cm.

Suffusions sanguines meningées aux deux hémisphères.

Hémorragie ventriculaire bilatérale occupant également la substance cérébrale des deux côtés du plancher des ventricules latéraux.

Quatrième observation.

Enfant ayant vécu 12 heures.

Diagnostic clinique: Hémorragie cérébro-meningée? céphalo-hématome.

Renseignements cliniques: Accouchement normal. — Cyanose et période d'apnée.

Diagnostic anatomique: Large hémorragie meningée (lobe temporale). — Poumons très mal déplissés. — Signes d'asphyxie. — Pas de signes de syphilis. — Grosse bosse séro-sanguin du crâne.

L'enfant pèse 3200 gr. et mesure 56 cm.

Gros thymus: 20 gr. avec nombreux hémorragies.

Poumons: Le droit pèse 60 gr., le gauche 50 gr. Multiples ecchymoses sur une plèvre violacée. Poumon lourd, ferme, avec des rares zones aérées, rouge dans les languettes, le reste est non aéré, atélectasique, lisse, lie de vin.

La glande thyroïde est très volumineuse avec une congestion passive.

Cœur: pèse 25 gr. — ecchymoses péricardiques multiples. — Le muscle est pâle.

Foie: 130 gr. — avec grosse congestion passive; ainsi que la rate qui pèse 15 gr.

Reins: avec grosse stase, surtout dans les pyramides

Cerveau: congestion des meninges avec ecchymoses au niveau des lobes temporaux.

Ossification: normale.

....
....

Comme chez l'adulte, trois catégories d'hémorragies intra-craniennes peuvent être observées chez les nouveau-nés:

Hémorragies meningées, hémorragies cérébrales et hémorragies extra-durales.

Les hémorragies meningées spontanées sont le plus souvent diffuses, le sang est situé dans la cavité arachnoïdienne , les foyers siégeant de préférence au voisinage de la tente du cervelet. En réalité l'hémorragie méningée ne représente qu'une partie des lésions méningées. Elle offre souvent des caractéres très différents de ceux qui lui sont classiquement attribués.

Les hémorragies cérébrales et bulbo-médullaires n'ont pendant longtemps que peu attiré l'attention. MM. *Couvelaire* (1905), *Schwartz* en ont donné une description systématique.

Les hémorragies extra-durales liées le plus souvent à une fissure crânienne et les contusions cérébrales dues à un enfoncement crânien sont devenues exceptionnelles. Les applications du forceps en détroit supérieur, l'extraction de la tête dernière dans un bassin fortement rétréci sont actuellement proscrites dans toutes les maternités.

ANATOMIE MACROSCOPIQUE DES LESIONS SOUS-DUREMERIENNES.

I. LES LÉSIONS MÉNINGÉES (1)

Les lésions méningées sont de trois ordres: œdème, congestion, hémorragies.

Oedème. — L'œdème est à peu près constant sur tous les cerveaux examinés. Il réalise un aspect tigré du cerveau. A chaque scissure correspond une

(1) D'après R. Weitz.

bande grise de plusieurs millimètres de large. Les bandes sont anastomosées entre elles. Elles sont très larges au niveau des grandes scissures des lacs sous-arachroïdiens et en particulier au niveau du chiasma. Ainsi sont formés de véritables lacs œdémateux. Un examen plus approfondi montre que ces bandes sont formées de deux éléments: œdèmes très légèrement gris, et grosse congestion vasculaire sous-jacente.

2) *Congestion vasculaire.* — Une vaso-dilatation intense existe au niveau de toutes les veines et réalise un état congestif diffus voté par *Parrot.* Les grosses veines sylviennes, les veines de l'hexagone de *Willis* sont particulièrement volumineuses.

3) *Hémorragies.* — Les hémorragies sont inconstantes. Elles ne sont jamais isolées. Les lésions précédentes, œdèmes et congestions, coexistant toujours avec elles. Il convient d'étudier les gros foyers hémorragiques et les petites hémorragies.

Les gros foyers hémorragiques se produisent surtout chez les prématurés. Ils siègent en un endroit variable, le plus souvent au niveau du lobe parietal, du cervelet, de la base du cerveau, plus rarement au niveau de la face interne des hémisphères. Les hémorragies péricérébelleuses et péribulbaires peuvent s'accompagner de vastes hématomes périmédullaires. Par contre nous n'avons jamais observé d'hémorragie périmédullaire à l'état isolé. Fréquemment il y a coexistence de plusieurs foyers situés au-dessus et au-dessous de la tente du cervelet. Les foyers hémorragiques sont souvent volumineux. Ils recouvrent un lobe, voir même un hémisphère entier ou le cervelet. Leur

épaisseur peut atteindre 2 à 3 centimètres. Dans tous les cas observés par nous l'hémorragie est restée sous-arachnoïdienne et le voile arachnoïdien limite en dehors le foyer hémorragique.

L'hémorragie est due à la rupture d'une ou de plusieurs veines sous arachroïdiennes. Dans certains foyers l'origine du sang épanché est difficile à préciser.

Les petites hémorragies sont fréquentes. Elles se produisent partout et de préférence au niveau de la scissure de Sylvius, du bord supérieur des hémisphères, du cervelet, etc. Ces suffusions se traduisent le plus souvent par la modification de teinte d'une zone œdémateuse qui devient brune. Lorsque plusieurs de ces zones, de ces bandes se réunissent on voit émerger entre elles des ilots blanchâtres des circonvolutions. Ces foyers n'ont jamais une grande épaisseur. On peut observer des formes de transition entre grandes et petites hémorragies.

Chez certains enfants, enfin, on voit des ecchymoses souvent multiples. Tels sont les divers éléments, œdème, congestion hémorragique que l'on observe à la surface de l'encéphale. Ils coexistent en général, d'où des aspects variés.

Rarement l'œdème et la congestion existent seuls. Ils sont le plus souvent généralisés (aspect tigré). L'aspect habituel est réalisé par un tel cerveau tigré auquel s'adjoignent de nombreuses petites zones de suffusion (cerveau tigré et tacheté).

Dans la moitié des cas un ou plusieurs gros foyers hémorragiques s'ajoutent à ces divers éléments (cerveau tigré, tacheté, avec grosses hémorragies), mais on ne voit jamais de grosses hémorragies seules, sans congestion et œdème.

II. — LES LÉSIONS VENTRICULAIRES.

Au niveau des ventricules, les lésions ne sont pas rares. Ici encore nous retrouvons les trois mêmes éléments: congestion, œdème, hémorragies.

Les plexus choroïdes sont turgescents, augmentés de volume, foncés.

L'œdème sur un cerveau fixé est représenté par une masse élastique à teinte plus ou moins café au lait.

Quant aux hémorragies, elles consistent en des masses brunâtres, dures, se fragmentant à la pression. Elles sont moins fréquentes à l'œil nu que l'œdème. Fait important, l'hémorragie n'existe pas à l'état isolé. Le caillot se trouve en général au contact du plexus choroïde et il est entouré de la masse œdémateuse dont la teinte et la résistance à l'écrasement tranchent nettement sur les caractères correspondant du caillot. Il semble donc que l'œdème albumineux paru le premier, ait été ensuite refoulé par l'hémorragie. La cavité du ventricule latéral est dans ce cas fortement distendu. Lorsque l'œdème et l'hémorragie sont importants, ils peuvent s'étendre aux autres ventricules et à l'aqueduc de Sylvius. Quant au 4e ventricule, il est difficile de retrouver son toit: On voit une masse comblant à la fois sa cavité et le grand lac bulbo-cérébelleux.

III. — LES LÉSIONS PARENCHYMATEUSES

Ces lésions se présentent sous des aspects divers. Le plus souvent le cerveau est violacé, lilas, et sur le fonds, plus ou moins net, on voit de petits traînées rougeâtres en éventail. Parfois même on distingue de petits points rouges isolés ou en semis. Ces points ne représentent pas toujours des hémor-

ragies, mais d'énormes dilatations vasculaires (*Schwartz*). Nous-mêmes avons insisté avec J. *Chabrun* sur l'importance de ces dilatations tant dans l'espace sous-arachnoïdien que dans le parenchyme cérébral, et nous avons proposé pour elles le nom d'ectasies veineuses (1). Il y a là beaucoup plus qu'une simple dilatation vasculaire, car le plus souvent la circulation ne s'y rétablit pas. On observe ces ectasies surtout dans les mêmes domaines que les hémorragies importantes avec lesquelles elles peuvent être associées.

Les foyers hémorragiques importants sont plus rares que les foyers d'hémorragies méningées. Ils ont été parfaitement décrits par M. *Couvelaire* et par M. *Schwartz*. Ce sont presque toujours des hémorragies diffuses à nombreux petits foyers juxtaposés et superposés. Beaucoup plus rarement ces foyers sont confluents. Les hémorragies importantes siègent tantôt au niveau de l'axe bulbo-spinal, tantôt au niveau de la substance cérébrale. Les hémorragies cérébrales sont situées en général contre la paroi externe du ventricule latéral, au niveau de la zone lenticulaire ou des prolongements frontaux et occipitaux du ventricule. Plus rare sont les hémorragies du noyau caudé et surtout de sa queue (*Schwartz*); volumineuses, elles peuvent effondrer la paroi ventriculaire; elles sont souvent bilatérales, mais prédominent d'un côté, le côté droit surtout. On peut enfin observer de petits foyers hémorragiques au niveau du corps calleux de la corne d'Ammon. Il y a donc là une véritable

(1) *J. Chabrun* et *R. Weitz*. — Les extasies veineuses du nouveau-né et les pseudo-thromboses. Soc. Anat. 7 juillet 1927.

prédilection des hémorragies pour le territoire des tributaires de la grande veine de Galien.

Les hémorragies médullaires se produisent dans la substance grise, au niveau de la zone intermédiaire et ont tendance à diffuser vers le cordon latéral. Elles s'étendent sur la hauteur de plusieurs vertèbres. Elles siègent parfois au niveau du bulbe.

Au niveau du cervelet les hémorragies sont plus rares et le plus souvent microscopiques.

B. — PREMATURITE.
DEBILITE CONGENITALE: 23%.

La viabilité commence avec la 28e semaine de la grossesse, environ, Les fœtus expulsés auparavant, dont la longueur n'atteint pas encore 35 centimètres, ni le poids 1300 grammes, périssent en peu de temps de *faiblesse constitutionnelle*. Les quelques cas dans lesquels le fœtus a survécu, bien qu'âgé de 26 à 27 semaines et ne pesant que 900 à 1200 grammes, ne constituent que de rares exceptions qui ne modifient nullement la règle précitée. Après la 28e semaine le nouveau-né peut continuer son existence, mais malgré les soins les plus judicieux et les plus attentifs, les chances de survie restent très minimes jusque vers la 32e semaine, moment à partir duquel on peut compter avec quelque certitude sur la prospérité de l'enfant né avant terme. Le développement du fœtus peut exceptionnellement faire des progrès si rapides que des enfants nés au bout de la 36e semaine ou même de la 34e seulement, présentent le poids et la longueur de nouveau-nés à terme.

Le prématuré est particulièrement sensible à la perte de chaleur qu'il subit en passant du liquide

amniotique, dont la température est celle de la mère, dans l'air ambiant plus frais. D'une part cœur et poumons fonctionnent encore imparfaitement et les processus d'oxydation dans les tissus sont encore faibles, d'autre part la déperdition de la chaleur est considérable, grâce à la grande surface du corps relativement à son petit volume et grâce à la minceur de la peau; aussi la naissance est-elle suivie régulièrement d'une chute profonde de la température de l'enfant. A son tour le refroidissement du corps réduit l'activité de la vie et des processus d'oxydation dans les tissus; il s'établit ainsi un cercle vicieux, et nous voyons se refroidir d'abord les extrémités, le nez et les oreilles, puis la surface cutanée entière du fœtus; la température corporelle baisse toujours plus jusqu'à extinction finale de la vie. Le fœtus ne succombe pas à une maladie, mais meurt de «*faiblesse constitutionnelle*», le développement de ses organes étant encore insuffisant pour la continuation extrautérine de l'existence (E. Bumm).

La détermination de la cause de la mort chez un prématuré est extrêmement difficile. D'après notre statistique, nous avons constaté que sur 115 cas il y a juste 33 (soit 29%) où la mort a trouvé une cause évidente. Parmi ces dits cas il y en a 19 d'hémorragies méningées et 14 des causes variables.

Sur les 82 cas qui restent, il y en a 63 sans aucune lésion macroscopique, et 19 cas d'asphyxie pure. Donc dans 71% des cas la cause de la mort est restée inconnue ou du moins, ne fut-elle pas évidente.

Nous devons ajouter ici 5 cas de grossesse gémellaire dans lesquels les nouveaux-nés se sont présentés avec les signes de prématuration.

Premier cas.

Enfant K., ayant vécu 2 jours.

Diagnostic clinique: prématuré.

Diagnostic anatomique: Enfant pesant 1850 gr. et mesurant 40 cm. sans aucune malformation.

Le *cœur* est normal.

Les *poumons* ont bien respiré; pas de taches de Tardieu. Les alvéoles semblent bien déplissées.

Le *foie*, la *rate* et le *tubé digestif* sont normaux.

Cerveau: Pas d'hémorragie meningée ni aucune autre lésion anatomique. On n'a pas trouvé de causes anatomique de la mort.

Deuxième cas.

Enfant O., âgé de 3 jours.

Renseignements cliniques: Forte albuminurie de la grossesse chez la mère.

Diagnostic anatomique: Enfant ayant l'aspect d'un prématuré, maigre, face ridée; couleur violacée des téguments. Il y a quelques zones d'atélectasie pulmonaire.

L'*estomac est normal.* L'enfant semble ne rien avoir pris depuis sa naissance.

Les *reins* et le *foie* sont pâles, mais montrent un volume et un dessin normaux.
Il n'y a pas d'ostéochondrite spécifique.

Troisième cas.

Age 3 jours.

Diagnostic clinique: Prématuré du 7e mois, mort par affaiblissement général.

Diagnostic anatomique: Pas trouvé de lésions des organes. Débilité congénitale.
L'enfant pèse 1200 gr. et mesure 43 cm.
Pas de malformations extérieures congénitales.

Le *thymus* est normal.

Le *cœur* ne présente pas d'anomalies.

Les *poumons* sont sans particularités. Ils n'ont certainement pas complètement respirés. Certaines parties du poumon droit plongent dans l'eau.

Les *reins, foie* et *rate* sont normaux.

Les *épiphyses* ne présentent pas de lésions syphilitiques.

Quatrième cas.

Durée de la vie: 1 jour.

Diagnostic clinique: Prématuré du 9e mois, né par opération de Delmas, la mère ayant un placenta praevia.

Renseignements cliniques: Hémorragies multiples de la peau et des muqueuses. Crachats sanguinolents. Moelena.

Diagnostic anatomique: Symptomes d'asphyxie et de souffrance pendant le travail.
Hémorragies cutanées et viscérales multiples. Enfant pesant 2180 gr. et mesurant 49 cm. Hémorragies cutanées multiples au niveau des zones d'appui du corps (talon etc.), du niveau des points de pression au moment de l'opération de Delmas (cuisses). Une goutte de sang rouge sort par la verge.

A l'ouverture: Hémorragies au niveau du pectoral.

Cœur: Suffusions sanguines disseminées sur les parois des ventricules. Le myocarde présente des zones très colorées alternant avec des parties pâles.

Bronches: Un peu de meconium y existe.

Poumons: Taches de Tardieu disseminées sur les deux poumons.

Intestin: renferme du meconium verdâtre, bronzé.

Foie: pèse 80 gr. — il est mou; il présente des hémorragies sous la capsule formant des poches grosses comme des cerises. A la coupe il est irrégulièrement coloré.

Rein droit: La surrénale présente une hémorragie. Il y a aussi une hémorragie au-dessous de la capsule rénale.

Cerveau: Coloration ictérique.

Cinquième cas.

Enfant ayant vécu 1 jour.

Diagnostic clinique: Prématuré. — Hémorragie meningée.

Diagnostic anatomique: Prématuré de 1800 gr.
Longueur: 44 cm.
Pas de malformations. Pas d'Hérédo-syphilis.
Pas d'hémorragie meningée, mais congestion.

Asphyxie — nombreuses taches de Tardieu dans les deux poumons.
Poids des organes:

Cœur: 10 gr.

Poumon droit: 20 gr.

Poumon gauche: 20 gr.

Rate: 5 gr. — rouge, unie, pas de boue splénique.

Reins: 10 gr. chacun.

Foie: 50 gr.

Cerveau: Pas d'hémorragie meningée, grosse congestion.

Septième cas.

Enfant ayant vécu 1 jour.

Diagnostic clinique: Prématuré du 7e mois.
Poids 1600 gr.
Asphyxie bleue.

Diagnostic anatomique: Enfant prématuré.
Débilité congénitale. — Asphyxie.
Pas de signes d'hérédo-syphilis.
Pas d'hémorragie meningée.
Enfant prématuré du 7e mois.
Poids ..... 1530 gr.
Longueur ..... 39 cm.
Aucune malformation. Téguments très rouges.

Thymus et cœur sont sans particularités.

Le *cœur* pèse 10 gr.
Rien à signaler aux divers organes de l'appareil digestif.

Les *poumons* sont en partie atélectasiés avec quelques taches d'asphyxie.

Le droit pèse 25 gr.

Le gauche pèse 20 gr.

Rate: toute petite — 5 gr. — rouge foncé.

Foie: 60 gr. — congestionné et mou.

Reins: sans particularités. Pas d'hémorragie meningée.

Huitième cas.

Enfant S... ayant vécu 1 heure.

Diagnostic clinique: Faiblesse congénitale.

Renseignements cliniques: Hydramnios. Accouchement gemellaire prématuré.

Diagnostic anatomique: Enfant débile (1700 gr. — 44 cm.) ne présentant aucun signe macroscopique de syphilis, ni aux cartilages d'accroisement ni aux viscères (foie 95 gr. — rate 10 gr.) Taches de Tardieu sous-pleurales, hémorragies intra-péritonéales et intra-pleurales. Cyanose intense de la face et des membres supérieurs.

Neuvième cas.

Enfant ayant vécu 1 heure.

Diagnostic clinique: Faiblesse congénitale.

Renseignements cliniques: Accouchement gemellaire prématuré, Placenta syphilitique?

Dixième cas.

Diagnostic clinique: Hydramnios. — Accouchement gemellaire univitellin.

Renseignements cliniques: Placenta type syphilitique. prématuré.

Diagnostic anatomique: Pas de signes macroscopiques de Syphilis.

Onzième cas.

Diagnostic clinique: Accouchement gemellaire 8^{e} mois. Mécanisme normal. Il s'agit d'une grossesse bivitelline. Un placenta est normal, l'auire plus gros et blanchâtre. Il s'agit de syphilis peut-être?

Diagnostic anatomique: Aucune lésion macroscopique.

C. — LES CAUSES VARIABLES.

Ce que nous appelons «causes variables» sont des causes accidentelles et rares. Elles varient évidemment à l'infini et nous ne pourrons jamais les énumérer toutes. C'est pour cette raison que nous allons nous contenter d'inscrire celles que nous avons trouvées sur le registre d'autopsie dans ces dix dernières années.

1° L'INFECTION.

14 cas, dont 5 sont chez les prématurés.

C'est la plus importante de ces causes. Elles comprend la septicémie, la septico-pyohémie provenant généralement d'une infection ombilicale.

Première observation.

SEPTICÉMIE DU NOUVEAU-NÉ.

Durée de la vie: 2 jours.

Diagnostic clinique: L'enfant respirait mal les premières heures après la naissance.
Hypothermie-œdème pulmonaire? défaillance cardiaque.

Diagnostic anatomique: Poids 1670 gr. — Longueur 50 cm. Tous les téguments, séreuses et endothelium des vaisseaux, sont colorés par un pigment ictérique. La partie externe de l'ombilic est desséchée.

Poumons: Multiples hémorragies pulmonaires dans le parenchyme aéré. Il n'y a pas des lésions bronchiques.

La *rate* pèse 40 gr. Elle est dure, très congestionnée avec le tissu réticulaire saillant.

Le *foie* 190 gr., dure, congestionné, à dessin flou et pigmentation ictérique.

Il n'y a pas d'œstéo-chondrite.

Deuxième observation.

SEPTICO-PYOHÉMIE CHEZ UN PRÉMATURÉ.

Enfant B.. âgé de 6 jours.

Poids: 2550 gr. — Longueur: 48 cm.
Rhinite purulente. — Croutes aux narines. — Rien à signaler à l'aspect extérieur à part cela, sauf la couleur très ictérique des téguments.

Cœur: très petit (10 gr.)

Poumons: Rouges violacés et turgescents. Ils présentent de multiples petits abcès dont les plus gros ne dépassant pas la grosseur d'un tout petit pois. Les poumons présentent une réaction pleurale nette. Epaississement et irrégularité de la plèvre.

Le *tube digestif:* Rien à signaler.

La *rate:* (10 gr.) toute petite. Consistance assez ferme — homogène, rouge foncé.
Ligament rond du foie. A la section, laisse échapper une gouttelette de pus.

Foie: (120 gr.) présente à sa surface de nombreuses petites taches surélevées, blanc-jaunâtres, quelques fois avec auréole hémorragique. Quelques-unes semblent nettement résulter de la juxta-position de plusieurs foyers. A la coupe, le parenchyme est criblé des mêmes lésions jaunâtres disséminées, irrégulières, semblant suivre le trajet des vaisseaux ou au contraire formant des foyers plus nettement circonscrits.

A la pression on voit nettement des gouttelettes de pus.

Troisième observation.

SEPTICÉMIE SURAIGUE.

Durée de la vie: 1 jour.

Diagnostic clinique: phlégmon de la cuisse — Septicémie?

Diagnostic anatomique: septicémie suraiguë à streptocoques hémolytiques.

Splénomégalie modérée, dermatite érysipélatoïde de la vulve et de la cuisse gauche — ictère.

Dans les frottis de la sérosité érysipélatoïde et de la rate on trouve des longues chainettes de streptocoques gram. +.

Quatrième observation.

INFECTION OMBILICALE.

Enfant J... âgé de 7 jours.

Diagnostic clinique. Septicémie?

Renseignements cliniques: Vomissements depuis la naissance.

Urines sanglantes.

Diagnostic anatomique: Foyer purulent au niveau de la base du cordon ombilical.

Bronchite purulente.

Poids de l'enfant: 2100 gr. Taille: 53 cm.

Cachexie très prononcée.

Poumons: Nombreuses taches de Tardieu. A la coupe on voit une bronchite purulente.

Abdomen: La paroi est flasque et chagrinée. Extérieurement le cordon ombilical est presque sec. Du côté péritonéal, on voit un foyer suppuré à la base du sillon ombilical.

Foie: Sclerosé. Aspect jaune uniforme de teint acajou.

2° BRONCHO-PNEUMONIE.

13 cas, dont 3 sont chez des prématurés.

Enfant, ayant vécu 1 jour.

Observation.

Diagnostic clinique: Prématuré. — Débilité.

Diagnostic anatomique: Broncho-pneumonie massive du lobe moyen à droite.

Pas de signes d'hérédo-syphilis. Aucune malformation congénitale.

C'est un enfant débile (poids: 2260 gr. et longueur: 41 cm.) avec léger subictère. A

l'ouverture on voit le poumon gauche petit; le droit est volumineux et déplace le cœur vers la gauche.

Cœur: sans anomalies.

Poumon droit: massif surtout dans son lobe moyen et les parties supérieures du lobe inférieur. Leur surface est plus foncée, couverte de pseudo-membranes facilement détachables. A la coupe ces parties tranchent nettement par la surface granuleuse, sèche, brun-rougeâtre des autres parties qui sont souples, d'une coloration vive. Les parties denses plongent dans l'eau. Les bronches sont bouchées par du mucus avec fibrine. Les autres organes, à l'exception d'une congestion marquée, ne présentent aucun signe d'inflammation.
La ligne d'ossification épiphysaire est nette.

3° HÉMATOME DES SURRENALES.

7 cas, dont 3 sont chez des prématurés.

L'hémorragie est généralement intra-médullaire.

4° MŒLENA.

5 cas, dont 3 sont chez des prématurés.

Première observation.

MŒLENA ET ICTÈRE.

Durée de la vie: 5 jours.

Diagnostic clinique: Mœlena. — Ictère.

Diagnostic anatomique: Enfant prématuré pesant 2.000 gr. et mesurant 45 cm. Pas de malformation. Téguments ictériques. Vaisseaux ombilicaux normaux.

Cœur: Bien contracté.

Poumons: Le droit pèse 50 gr., le gauche 40 gr.
Il y a de petites zones infractoïdes rouges, disseminées dans les 2 poumons donnant aux poumons un aspect tacheté.

Estomac: Petite exulcération du cardia sur laquelle se trouve un petit caillot sanguin adhérent donnant l'aspect d'un petit polype.
Intestin: Rempli de sang en partie adhérent à la muqueuse, surtout sur l'ileon. Çà et là quelques exulcérations de la muqueuse.
La *rate* (10 gr.) est très rouge avec des taches très foncées et noirâtres.
Foie: (90 gr.) Parenchyme jaunâtre. Le dessin est effacé.
Reins: (20 gr. chacun) sont très congestionnées avec de petites hémorragies des pyramides.
Cerveau: Pas d'hémorragie. Il est de consistance gelatiniforme.

Deuxième observation.

Anémie aigue.

Durée de la vie: 2 jours.

Diagnostic clinique: Mœlena. — Vomissements sanguinolents. Anémie aiguë.

Diagnostic anatomique: Anémie aiguë par hémorragies stomacales et intestinales. Suffusions sanguines diffuses.
Pas d'ulcérations.
Enfant 2850 gr. — 52 cm. de long, normalement développé.
Pas d'anomalies nulle part. Anémie très prononcée de tous les organes.
Piquetés hémorragiques de toutes la muqueuse gastrique et intestinale.
Pas d'ulcérations. Dans l'intestin grêle on trouve de gros caillots frais coagulés.

Troisième observation.

Malformation mésentérique — Volvulus.

Enfant W..., âgée de 5 jours.

Diagnostic clinique: Mœlena des nouveau-nés.
Diagnostic anatomique: Poids 3200 gr. — Longueur 52 cm. Volvulus de tout l'intestin grêle, plus, le le cœcum, colon ascendant et la moitié de la colonne transverse.
Les anses intestinales sont violacées, un peu ballonés.

5° MÉNINGITE PURULENTE.

4 cas, dont une complique, une fracture du crâne.

6° HÉPATITE.

3 cas, dont une est souçonnée syphilitique.

Première observation.

HÉPATO-SPLÉNOMÉGALIE.

Enfant L..., âgé de 1 jour.

Diagnostic clinique: Hémorragie cérébro-meningée?

Renseignements cliniques: La réaction de Bordet-Wassermann de la mère est négative. Ictère de l'enfant (de la naissance) qui devient de plus en plus foncée.

Diagnostic anatomique: Enfant pesant 3450 gr. et mesurant 54 cm.

Normalement constitué.

Péricarde: Suffusions hémorragiques et environ 5 cc. de sang coagulé dans le péricarde.

Cœur: 30 gr., normal.

Poumons: congestion modérée.

Foie: 250 gr., très volumineux. La capsule est lisse et le dessin est à peine marqué. Congestion assez marquée. Ecrasement facile.

Rate: Volumineuse, lisse à dessin peu marqué. A la coupe elle présente une coloration rouge homogène. Il n'y a pas de boue.

La pulpe blanche n'est pas visible.

Surrénales: Très pâles — volumineuse. Dessin assez net.

Reins: (10 gr. chaque) sont congestionnés. Il y a quelques infractus.

Le *crâne:* Fontanelles très petits. Cerveau assez ferme. Ictère jaune ocre. Les noyaux gris sont jaunes de teinte très spéciale.

Os: Pas d'ostéochondrite.

La moëlle osseuse est rouge framboise très vif.

Deuxième observation.

Enfant ayant vécu 7 jours.

Diagnostic clinique: Mœlena — Hérédo-syphilis?

Débilité congénitale.

Diagnostic anatomique: Poids 1880 gr. — Longueur 46 cm. Enfant extrêmement amaigri.

Poumons: Quelques hémorragies multiples parenchymateuses.

Rate: 10 gr., lisse, consistance ferme. Follicules visibles, couleur rouge-vineux.

Foie: 100 gr. bigarré — avec multiples hémorragies sous-capsulaires. A la coupe le tissus est régulièrement parsemé par des hémorragies. Il n'y a pas de signe d'ostéo-chondrite.

7° ICTÈRE.

4 cas.

Observation.

Enfant R..., âgé de 3 jours.

Diagnostic clinique: Accès d'apnée. Ictère du nouveau-né. L'enfant est mort dans la respiration.

Diagnostic anatomique: Dilatation cardiaque. Apoplexies pulmonaires multiples. Grosse congestion du foie.

8° TÉTANOS.

2 cas.

Observation.

Enfant G..., âgé de 7 jours.

Diagnostic clinique: Tétanos.

Renseignements cliniques: Injection intra-cérébrale du sérum.

Diagnostic anatomique: Tétanos du nouveau-né. Petite hémorragie dans le lobe frontal droit. C'est un enfant normalement constitué. Il y a une légère infiltration œdémateuse des tissus. Il n'y a pas de lésions visibles sauf une petite hémorragie dans le lobe frontal droit.

Dans l'autre cas on voit les vaisseaux ombilicaux tuméfiés avec contenu supuré en forme de bouchons de pus. Il y a une lésion lymphatique péri-vasculaire en forme d'œdème.

9° ATELECTASIE PULMONAIRE.

1 cas.

10° EXULCÉRATION SIMPLEXE.

de la région justa-pylorique du duodénum: 1 cas.

Durée de la vie: 2 jours.

11° ILEUS PAR STRANGULATION.

par une bride de mésentère.

Age de l'enfant: 7 jours.

12° GASTRO-DUODENITE.

1 cas.

L'enfant ayant 7 jours.

D. — LA SYPHILIS.

30 cas.

La syphilis est une des plus importantes causes d'avortement à répétition, des accouchements prématurés, d'enfants morts ou macérés, ou enfants vivants débiles qui meurent en bas âge. Ceci explique un peu pourquoi nous n'avons trouvé que ce faible chiffre. Ces enfants sont d'ailleurs tous prématurés. Voici quelques protocoles:

Premier cas.

Diagnostic clinique: Hérédo-Syphilis.

Renseignements: Enfant né avec présentation des pieds et procidence du cordon — grossesse avec hydramnios — asphyxie.
Hérédo-Syphilis.

Diagnostic anatomique: Hérédo-Syphilis — pemphigus palmaire et plantaire bilatéral — Hépato-Splénomégalie. (150 gr. et 30 gr.) — ostéo-chondrite syphilitique.
Hémorragie meningée prédominante à gauche et à la base.

Cadavre: Enfant prématuré — poids 2420 gr.
longueur 49 cm.
Pas de malformations.
Téguments: Pemphigus plantaire des 2 côtés: taches papuleuses de couleur violacée et cuivrée, isolées, dont l'épiderme est affaissée. — Dimension d'un pois et même un peu plus grosse.
Peu de pemphigus palmaire.
Pas de rhagades.

Poumon droit: 45 gr. — gauche: 30 gr.
Poumon à aspect tacheté; zone plus claires qui surnagent; plus foncées qui plongent plus ou moins.

Les alvéoles non complètement déplissés — zones rouges, atélectasies — zones blanches, aérées.

Thymus: macroscopiquent, rien d'anormal, coloration rose.

Pancréas: très pâle, sa composition lobulée paraît exagérée; consistance ferme.

Rate: 20 gr.
Consistance: dure.
Extérieur: lisse, rouge foncé; bords réguliers et tranchants.
A la coupe: surface de section luisante, très unie, rouge foncée, congestionnée, consistance dure.
Pulpe blanche: pas visible.
Boue splénique: sang au raclage.

Voies biliaires: perméables.

Vésicule biliaire: normale, bile vert foncée.

Foie: Extérieur — 150 gr., augmenté de volume.
Coloration violacée; capsule lisse.
Coupe: parenchyme congestionné, avec des ilots irréguliers jaunâtres. La surface de section est luisante. Consistance un peu augmentée.

Surrénales: macroscopiquement: rien d'anormal. Elles sont peut-être un peu plus volumineuses et de coloration grise.

Reins: Extérieur 20 gr., à droite et à gauche.
Coupe: Rien à signaler d'autre que la congestion des pyramides très rouges.
Décapsulation facile.
Surface décapsulée: Lobulation.

Encéphale: crâne sans particularités.
Dure-mère sans particularités.
Pie mère, convexité: hémorragie meningée diffuse sous-arachnoïdienne et même piemérienne des deux côtés de la convexité, prédominante dans la région rolandique à gauche et à la base.
Le long de la scissure de Sylvius gauche, il y a une traînée jaunâtre sous-piemérienne ressemblant à une traînée purulente.
Prélèvement:
Les gros caillots sanguins restent adhérents à la base du crâne dans la fosse cérébrale moyenne.

Dans le fémur et tibia il y a une lisérée jaune. Infiltration gommeuse nette au cartilage de conjugaison du fémur.
La ligne d'ossification est chondrocalcaire, très irrégulière, dentelée. Lésions moins nettes au tibias et aux côtes.

Deuxième cas.

Enfant B... ayant vécu quelques minutes.

Diagnostic clinique: Syphilis — grossesse du 8e mois — Néphrite gravidique avec gros œdème.
Renseignements cliniques: Accouchement prématuré d'un enfant hydropique. Hydropisie générale.
Diagnostic anatomique: Hérédo-Syphilis.
Pas de lésions cutanées. Pas de malformations.
Poids 2.300 gr.
Longueur 40 cm.
Poids du foie 140 gr. Il est dur et rouge (pas silex).
Poids de la rate 30 gr. Elle est homogène rouge-noir.

Hépato-splénomégalic syphilitique.
Ostéochondrite syphilitique.

Thymus et *cœur:* sans particularités.
Poumons: rien à signaler sauf l'atélectasie.
Ascite: 350 cc.: liquide jaune clair citrin.
Oedème généralisé (paroi thoracique et abdominale).

Troisième cas.

Enfant R... ayant vécu 3 jours.

Diagnostic clinique: Hérédo-syphilis.
Enfant prématuré avec syndrome hémorragique généralisé (hématèmeses mœlena, taches purpuriques et surtout forte hémorragie méningée. Convulsions.
Diagnostic anatomique: Prématuré — hérédo-syphilitique pesant 2.150 gr. Longueur: 44 cm.

Syndrome hémorragipare: ecchymoses multiples, hématome du cordon ombilical, foyers apoplectiques pulmonaires, hémorragies punctiformes rénales dans la corticale et les pyramides; Suffusions sanguines hémorragiques de la muqueuse intestinale.

Splénomégalie: rate pèse 30 gr.

Foie silex: poids 115 gr.

Hémorragie méningée très importante des deux hémisphères et de la base. Gros œdème du cerveau et petites hémorragies punctiformes de la substance grise du cervelet et dans la protubérence.

Examen du cadavre:

Rhagades aux commissures des lèvres.

Téguments: Syphilides cutanées de la face; pemphigus des mains.

Nombreuses ecchymoses sur tout le corps. Hématome important du cordon ombilical.

Cœur: 15 gr. Il est de volume et de forme normale. Le trou de Botal est largement ouvert. Le myocarde est très pâle.

Poumons: Le droit pèse 45 gr., la gauche 40 gr. Tous les deux sont bien aérés, roses et présentent de petits foyers rouges. A la coupe, on voit des petits foyers apoplectiques disséminés dans le parenchyme.

Abdomen: On voit disséminés sur tout l'intestin de petits placards rouges, surtout nombreux à la fin de l'iléon. Tout le long de l'intestin la muqueuse présente de petites taches rouges, punctiformes, formant des placards. Ce sont des suffusions sanguines hémorragiques. Il n'y a pas d'épaisissement de la paroi.

La rate est grosse, ferme, rouge foncée. A la coupe elle est très homogène. Boue splénique; nulle.

Les voies biliaires sont perméables.

La vésicule biliaire est très petite.

Le foie pèse 115 gr. Il est de couleur verdâtre. A la coupe, le parenchyme est induré et de coloration jaune verdâtre. Il est dur à la coupe et à l'écrasement.

Surrénales: La médullaire est congestionnée.

Reins: pèse 16 gr. chacun.
A la coupe il y a de nombreuses petites hémorragies punctiformes, tant dans la corticale que dans les pyramides.
La décapsulation est facile. La surface décapsulée est lisse.

Encéphale: Grosse hémorragie méningée diffuse. — La base du cerveau plonge dans un lac sanguin. A la coupe il y a un œdème très marqué de tout le cerveau.
Il n'y pas d'hémorragies. — Dans le cervelet il y a de petites hémorragies punctiformes, dans la protubérance et dans la substance grise du cervelet.

Résumons en quelques mots les syndromes anatomo-pathologiques constatés le plus habituellement sur le cadavre d'un nouveau-né hérédo-syphilitique:

Foie: gros: silex (dur)

taches jaunes clair (cuir jaune)
gommes miliaires (hépatite interstitielle diffuse)

HEREDO-SYPHILIS

Des membres: humerus - femur - Tibia

1° Epaisissement du périoste au niveau de la diaphyse. C'est la *Diaphyse épaissie.*

2° Epaisissement et ramollissement de la zone diaphyso-épiphysaire, c'est-à-dire de la région gélatineuse.

Chondrite syphilitique: La zone diaphyso-épiphysaire de conjugaison est épaissie et jaune. Ses bords supérieurs et inférieurs sont dentelés.

Crâne: Saillies ostéophytiques.
Cranio-tabès.

Poumons: Pneumonie blanche épithéliale.

Les poumons sont gros, fermes, de coloration blanche.
Dilatation des bronches.
Gommes (ilots grisâtres).

Rate: grosse, dure, parfois gommeuse.

Cerveau: gommes et sclérose cervicale.

E. — LES MALFORMATIONS CONGENITALES.

Nous nous sommes contentés d'inscrire celles qui ont été trouvées sur les registres d'autopsie pendant ces dix dernières années.

Les plus importantes de ces malformations sont surement les malformations cardiaques et les hernies diaphragmatiques gauches.

1° LES MALFORMATIONS CARDIAQUES.

6 cas, dont une est accompagnée d'hémophilie.

Première observation.

Enfant S... âgé de 7 jours.

Diagnostic clinique: Irrégularité du rythme respiratoire. Syncope respiratoire.

Diagnostic anatomique: Poids: 3.100 gr. Longueur: 50 cm. Normalement constitué. On ne remarque aucune lésion pathologique ni malformation aux organes sauf au niveau du cœur dont la pointe est fortement rejetée vers la gauche par une dilatation énorme sacciforme du cœur droit. — A l'ouverture on constate qu'en dessous des valvules aortiques persiste une communication inter-ventriculaire qui admet un crayon.

Les *valvules* sont normales, lisses et rouges.

Aorte: Persistance du canal artériel.
Le trou de Botal est perméable.

Les *poumons* sont congestionnés et œdémateux.

Deuxième observation.

Age: 5 jours.

Diagnostic clinique: Hypothermie depuis 1 jour. Dyspnée.

Diagnostic anatomique: Poids: 2.520 gr.

Malformation cardiaque. Sténose congénitale de l'aorte avec dilatation de l'artère pulmonaire et persistance du canal de Botal. Com-

munications interventriculaires formées par l'absence d'une partie du septum membraneux.

Hypostase pulmonaire avec broncho-pneumonie. Pas de signes d'infection aiguë ni d'hérédo-syphilis.

Troisième observation.

Enfant T... ayant vécu 16 heures.

Diagnostic clinique: Malformation cardiaque.

Renseignements cliniques: Asphyxie progressive, dyspnée. Accouchement normal à terme.

Diagnostic anatomique: Malformation cardiaque. La cloison interventriculaire forme un sillon qui délimite deux pointes dont l'une, celle du cœur gauche, plus grande que la droite. Amincissement du myocarde au niveau de ces deux pointes où il n'a guère 1 1/2 à 2 mm. d'épaisseur. On n'a pas pu déceler d'autres malformations.

C'est un enfant pesant 2.450 gr. et mesurant 48 cm. A l'ouverture du cadavre on constate l'oblitération des vaisseaux ombilicaux par un caillot sanguin.

Légère déformation du thorax qui semble un peu comprimé à droite.

L'appendice xyphoïde est divisée en deux moitiés; chacune d'un côté de la ligne médiane; la partie gauche plus petite que la droite.

Thymus: très grand.

Cœur: présente un sillon à la pointe au niveau de la cloison interventriculaire. Aphasie du ventricule droit par rapport au gauche. Rien aux valvules. Trou de Botal perméable.

Le myocarde s'amînçit insensiblement vers la pointe de sorte que la paroi ventriculaire à ce niveau n'est plus formée que par du muscle gros de 2 mm. dans son épaisseur.

On ne constate pas d'autres malformations. Le *foie, rate, reins* semblent normaux.

2° LES HERNIES DIAPHRAGMATIQUES GAUCHES.

5 cas.

Première observation.

Durée de la vie: 3 jours.

Diagnostic anatomique: Hernie diaphragmatique gauche avec éventration de l'estomac, intestins et rate. Dextrocardie consécutive.

Enfant pesant 2.450 gr. et mesurant 48 cm. A l'ouverture du cadavre on constate:

Dans la moitié gauche du thorax se sont engagés la plus grande partie des anses intestinales et l'estomac et ont refoulé le cœur à droite.

L'abdomen contient le foie qui est gros et le remplit presque entièrement; seulement les anses du sygma s'y trouvent.

Les *reins* sont ptosés, la *rate* est engagée dans le thorax, avec les anses intestinales.

C'est une hernie diaphragmatique par aplasie musculaire à gauche. Il n'y a pas d'insertion dans le pourtour postérieur gauche.

Deuxième observation.

Durée de la vie: 1 jour.

Diagnostic clinique: Cyanose et période d'apnée de la naissance.

Malformations cardiaques?

Hémorragie méningée?

Diagnostic anatomique: Enfant de 2.690 gr. Longueur: 50 cm., avec large hernie diaphragmatique à gauche, avec l'estomac, le duodenum, tous les intestins (excepté le colon descendant) avec mésentère et la rate. Compression des deux poumons; le poumon gauche est en état hypoplasique.

Dextrocardie.

Cyanose périphérique.

Pas de signes d'hérédo-syphilis.

3° DIMENSIONS ANORMALES DU CANAL ARTERIEL.
RETRÉCISSEMENT DE L'AORTE ASCENDANTE
PAR UNE STRITURE.

3 cas.

4° IMPÉRFORATION ANALE.

2 cas,

dont une a été opérée et a été suivie d'une péritonite.

Première observation.

Enfant M... ayant vécu 2 1/2 jours.

Diagnostic anatomique: Nourrisson débile.
Poids 2.230 gr. Longueur 49 cm.
Imperferation anale. Anus artificiel périnéal.
Asphyxie. — Pas de signes d'hérédo-syphilis.
Les téguments sont extrèmement violacés, foncés. Il y a un léger œdème de la face.
Dans le cœur, le trou de Botal est largement ouvert.
Dans les poumons, il y a une légère bronchiolite, et des hémorragies pleurales ponctuées.
Le parenchyme est aéré.

Deuxième observation.

IMPÉRFERATION ANALE ET PÉRITONITE.

Enfant K... âgé de 2 jours.

Diagnostic et renseignements cliniques: Péritonite. Absence congénitale de l'anus. Opération (anus contre nature). Mort vingt heures après l'intervention.

Diagnostic anatomique: Poids: 2.500 gr. Longueur: 52 cm.
L'abdomen est rempli de méconium; bouilli noirâtre. La perforation de l'intestin est invisible. Probablement la fuite provient de la bouche opératoire.
La sonde cannelée ne peut passer à travers la partie inférieure du gros intestin. Un stylet seul permet le sondage. En ouvrant aux ciseaux fins dans ce trajet, on tombe sur une muqueuse limitant parfaitement et se terminant en avant de l'anus normalement placé (2 cm. environ en avant). Le chirurgien

qui avait cherché le rectum en opérant à la place habituelle n'avait ainsi pu trouver ce rectum placé anormalement en avant.

5° STÉNOSE SOUS-WATERIENNE.

1 cas.

Observation.

Enfant S... âgé de 4 jours.

Diagnostic clinique: Sténose sous-watérienne.

Renseignements cliniques: Nouveau-né vomissant de la bile.

Meconium décoloré. Ictère.

Diagnostic anatomique: Poids: 2.000 gr. Longueur: 48 cm. Pieds gigantesques, trop long, à angle aigu de la jambe et en valgus.

Frontal: Suture prématurée des frontaux donnant un crâne scaphocéphale. Les pariétaux également ont leur bords très rapprochés et la grande fontanelle est toute petite. La base du crâne paraît beaucoup plus étroite.

Les *téguments* sont très ictériques.

Thymus et *cœur* sont normaux.

Poumons: Broncho-pneumonie bilatérale de déglutition. Du chyme mélangé de bile sort des bronchioles.

La bouche, pharynx, œsophage, estomac, larynx et trachée sont sans particularités.

Intestin: On est frappé par la dilatation énorme du duodénunm qui refoule l'intestin grèle.

Le jejunum et l'iléon et le gros intestin qui sont eux, très réduits, certaines parties même filiformes. La sténose duodéno-jejunale ne peut pas être sondée par le stylet le plus fin. Le duodénum est très distendu et rempli de chyme mélangé de bile. (L'estomac a le même contenu.)

En ouvrant aux ciseaux, on trouve que la pointe de rétrécissement est obstruée par de toutes petites concrétions jaunâtres. En ce point les parois sont extrêmement amincies. Les voies biliaires sont perméables.

Le *foie* (100 gr.) jaune-verdâtre; dessin visible et de consistance molle.

6° ANURIE. — HYPOSPODIAS.

1 cas.

Observation.

Durée de la vie: 2 1/2 jours.

Diagnostic et renseignements cliniques: Anurie — Hypospodias — Sondage rénal — Décapsulation rénale — Néphrostomie — Hématurie.

Diagnostic anatomique: Hypospodias: Néphrostomie droite pour anurie. La vessie est pleine de liquide hémorragique.

Enfant pesant 2.350 gr. de taille: 47 cm.

Au panicule adipeux très restreint.

Le *thymus* pèse 10 gr., il est anormalement développé.

Les *poumons* sont bien aérés.

Rein droit, décapsulé. Epanchement sanguin tout autour.

Rein gauche, rien d'anormal.

Les *uretères* sont un peu dilatées.

La *vessie* est volumineuse et contient un liquide hémorragique.

7° MALFORMATION CONGÉNITALE DU MAXILLAIRE INFÉRIEURE.

(*aplasie*). — *Le plancher buccal trop court.*

1 cas.

Observation.

Durée de la vie: 4 jours.

La langue dans le pharynx a déterminé un gêne de la respiration; asphyxie; mort.

Poids: 2.500 gr. Longueur: 48 cm.

8° OBSTRUCTION INTÉSTINAIRE PAR MALFORMATION.

1 cas.

Observation.

Age de l'enfant: 7 jours.

Diagnostic clinique: vomissements; selles glaireuses presque nulles. Symptomes toxiques. Obstruction intestinale par malformation.

Diagnostic anatomique: Ileus par strangulation, dû à l'adhérence du diverticule de Meckel au mésentère en forme d'une bride.

DEUXIEME PARTIE

L'Asphyxie des nouveau-nés

Sur 57 cas d'asphyxie enregistrés au cours de dix années, nous avons relevé un certain nombre de causes dont la fréquence est indiquée par les chiffres suivants:

Asphyxie par oblitération des bronches ou par du meconium	3	cas
Asphyxie par bronchiolite capillaire	2	»
Enfants nés en asphyxie blanche	4	»
Enfants nés en asphyxie bleue	3	»
Enfants nés en asphyxie (non précisée)	2	»
Asphyxie inexpliquée chez des prématurés	19	»
Asphyxie inexpliquée chez des enfants à terme	24	»

Voici les protocoles:

Première observation.

Oblitération bronchique par Meconium.

Enfant H... âgé d'une heure.

Diagnostic clinique: Enfant mort une heure après la naissance.

Renseignements cliniques: Grossesse à terme; accouchement normal.

Diagnostic anatomique: Poids: 3.450 gr. Longueur: 50 cm. Pas d'hérédo-syphilis.
Le foie pèse 170 gr. La rate 10 gr.

Asphyxie: Toutes les petites bronches laissent sourdre du meconium (les poumons flottent et ont respiré.

Congestion viscérale.

Deuxième observation.

Bronchiolite capillaire et Asphyxie.

Enfant F..., âgé de 2 jours.

Renseignements cliniques: L'enfant est tombé dans l'hypothermie et la cyanose vingt-quatre heures après sa naissance.

Diagnostic anatomique: Poids: 3.150 gr. Longueur: 54 cm. Aucune malformation congénitale. Pas de signes d'hérédo-syphilis.

Toutes les séreuses, plèvres, péricarde présentent des multiples foyers ecchymotiques. Le poumon droit est bien déplissé. Dans le poumon gauche il y a de multiples foyers inflammatoires, saillants, gris-brunâtres autour de petites bronches à la pression desquelles un liquide purulent albumineux se dégage.

Le foie est fortement congestionné.

ASPHYXIE BLANCHE.

Première observation.

Renseignements cliniques: L'enfant dont le cœur battait bien, a fait quelques mouvements respiratoires, puis les battements cardiaques sont devenus irréguliers, faibles, superficiels et ont été suivi par la mort.

Diagnostic anatomique: Enfant bien développé. Poids: 2.800 gr. Longueur: 44 cm. Il n'y a pas de malformations congénitales, ni signes d'hérédo-syphilis.

Poumons: La plus grande partie des poumons est asphyxiée, de teinte violet foncée, avec quelques foyers aérés.

La *rate* pèse 10 gr. Elle est congestionnée.

Le *foie* pèse 150 gr. Il est aussi très congestionné.

Cœur et vaisseaux: le trou de Botal est ouvert; le canal de Botal est presque oblitéré.

Deuxième observation.

Diagnostic et renseignements cliniques: Placenta praevia — Ballon — version — extraction. L'enfant est né en asphyxie blanche.

Diagnostic anatomique: L'enfant né à terme de 3.300 gr. de poids, et de 56 cm. de long, de constitution normale, bien potelé, bien rempli; peau bien tendue. Au niveau des 2 plis de l'aire (parallèlement à ces plis) se trouvent deux traces, parcheminées, allongées, larges de 1 cm.

environ; de même un peu plus haut on voit des empreintes linéaires parcheminées analogues, symétriques, mais non plus inclinées, mais horizontales (l'enfant étant supposé debout). Ces taches proviennent sans doute des manœuvres d'extraction sur le siège. A l'ouverture du cadavre on trouve un thymus un peu grand (15 gr.) dont le lobe gauche présente une hémorragie intra-parenchymateuse.

Les *poumons* sont collabés à l'intérieur de la cavité pleurale. Extraits; — ils plongent au fond de l'eau. A la coupe ils ne présentent rien de particulier à part l'atélectasie et des taches de Tardieu.

Le *péricarde* contient un liquide clair, translucide, un peu hémorragique.

La *rate* (10 gr.) est de coloration rouge foncée, normale; les corpuscules de Malpighi se voient nettement.

Les *reins* ne présentent rien de spécial. La médullo-surrénale est hémorragique.

Le *foie* est volumineux (150 gr.), ne présente cependant pas d'aspect spécial et pas de lésions macroscopiques constatables. Son poids fait penser à la syphilis. On fait une imprégnation, qui ne montre pas de tréponèmes.

Le *péritoine* contient un excès de liquide jaune clair de coloration assez intense.

Les *cartilages juxta-épyphysaires* n'ont pas de lésions.

Troisième observation.

TRAUMATISME OBSTÉTRICAL. — ASPHYXIE BLANCHE.

Durée de la vie: 1 jour.

Diagnostic anatomique: Fracture de la colonne cervicale, avec hématome intra-rachidien et à la base du crâne. Ependymite granuleuse.
Enfant 3.600 gr., ayant 48 cm. de long, bien développé — pas d'anomalies.

Cœur: normal.

Poumons: Partiellement aérés. Quelques petites bronches contiennent encore du meconium. Le long des organes du cou, dans le tissu

celluleux prévertébral et sous-pleural il y a des suffusions hémorragiques intenses.
Fracture de la colonne cervicale, 5e vertèbre, avec déchirure du méninge.

Crâne: Hématome sous-cutané sur la face occipitale. Hématome sous-pie-mérien. Liquide sanguinolent intraventriculaire. Ependymite granuleuse.

Quatrième observation.

Enfant ayant vécu quelques minutes.

Diagnostic clinique: Enfant né en asphyxie blanche.
Diagnostic anatomique: Aucune lésion macroscopique.

Asphyxie bleue.

Durée de la vie: 1 jour.

Diagnostic clinique: Accouchement normal à terme. Respiration très mauvaise à la naissance.

Renseignements cliniques: Asphyxie bleue. La mère présente une réaction positive de Bordet-Wassermann.

Diagnostic anatomique: Les poumons n'ont pas bien respiré. Il y a des zones d'emphysème à grosses bulles qui alternent avec des zones d'atélectasie.

Le *foie* est légèrement augmenté de volume et présente un parenchyme suspect de spécificité. Cependant, on ne trouve pas d'oestéochondrite, ni de lésions dans les autres organes. C'est une petite, paraissant bien conformée — née à terme — les fontanelles sont normales — la cicatrice ombilicale est normale — A part le foie qui est à dessin un peu flou et le poumon qui a mal respiré, tout les organes sont normaux.

Asphyxie par Liquide amniotique intra-bronchique.

Durée de la vie: 2 jours.

Diagnostic clinique: Enfant né à terme en asphyxie bleue. Il a avalé du liquide amniotique à l'accouchement. Il est resté plus ou moins bleu les jours suivants. Il a fait 2 accès de cyanose.

Renseignements cliniques: Nombreux râles humides aux poumons. Pas de signes de malformation cardiaque.

Diagnostic anatomique: Asphyxie par liquide amniotique aspiré que l'on fait sourdre facilement en ouvrant et pressant les poumons.

L'enfant pèse 3.000 gr. et mesure 51 cm. Le cœur ne présente aucune malformation et pèse 25 gr.

Poumons: Droit et gauche sont infiltrés, surtout au sommet; liquide jaune-verdâtre que l'on peut faire sourdre en pressant sur les poumons. Le droit pèse 40 gr., le gauche pèse 45 gr.

Asphyxie bleue.

Enfant ayant vécu 22 heures.

Diagnostic clinique: Enfant né en asphyxie bleue.

Diagnostic anatomique: Suffusions hémorragiques au niveau des 2 lobes temporaux et du cervelet.

Hypostase au niveau des deux poumons.

Pas de malformations cardiaques. Pas de signes de syphilis.

L'enfant pèse 3.300 gr. et a 55 cm. de longueur. Il est bien constitué, normalement développé. Pannicule adipeux moyen. Pas de malformation.

Le *thymus* pèse 4 gr.

Le *cœur* pèse 20 gr. Le trou de Botal est largement ouvert. A part cela rien à signaler.

Poumons: Le droit pèse 20 gr., le gauche 18 gr. Tout le poumon gauche et les deux lobes inférieure et moyenne du poumon droit montrent des signes d'hypostase.

Le *foie:* présente des taches chamois. A la coupe le parenchyme est pâle. Poids: 105 gr.

Cerveau: Congestion intense des méninges. Suffusions sanguines hémorragiques au niveau des 2 lobes temporaux et du cervelet.

ASPHYXIE.

Première observation.

Enfant F... âgé de 2 jours.

Diagnostic et renseignements cliniques: Enfant né en état d'asphyxie.

Respiration superficielle avec arrêt de respiration par moment. Après injection de lobéline, la respiration était plus régulière. L'état était presque constamment cyanosé. Quarante-huit heures après, arrêt brusque de la respiration et mort. Encéphalite hémorragique? Malformations cardiaques?

Diagnostic anatomique: Enfant pesant 3.200 gr. et mesurant 49 cm. Normalement constitué. Pas de malformation cardiaque.

Poumons: Alvéoles non déplissées. Taches d'asphyxie sur le lobe supérieur du poumon gauche, ainsi que sur le poumon droit dont le parenchyme est rose et aéré.

Les autres organes sont normaux.

Deuxième observation.

Diagnostic et renseignements cliniques: La mère est atteinte d'une albuminurie massive sans hypertension ni œdème. Le col était rigide et les douleurs spasmodiques. On fait une césarienne basse. L'enfant vient avec des battements cardiaque, mais sans aucun reflexe respiratoire. On n'arrive pas à mettre en train la respiration.

Diagnostic anatomique: Enfant parfaitement bien développé. Son poids est de 3.250 gr. Aucune malformation. Cordon ombilical normal.

Le *thymus* et le *cœur* sont normaux.

Poumons: plongent en partie dans l'eau. Taches de Tardieu à leur surface.

La *rate* est hypertrophiée (20 gr.). Sa surface est régulière, congestionnée par places, formant des taches plus foncées. L'aspect n'est pas syphilitique.

Cerveau: pas d'hémorragie méningée. Il y a une congestion diffuse tant à la surface qu'à la coupe.

Os: La ligne d'ossification est parfaitement régulière.

Dans les observations précédentes il s'agissait de nouveau-nés morts par asphyxie survenue pendant l'accouchement. Or, il existe d'autres formes d'asphyxie que l'on observe chez le nouveau-né quelque temps après la naissance. Ces asphyxiés ne relèvent pas de causes évidentes. Les protocoles d'autopsie que nous allons voir ne comportent généralement que les syndromes anatomo-pathologiques de l'asphyxie simple sans qu'il possible de découvrir la cause de cet état asphyxique.

Ce sont ces formes qui intéressent surtout la médecine légale puisque dans les observations que nous allons rapporter aucune intervention criminelle, aucun accident traumatique ne puisse être mis en cause. Seules les causes internes, peu connues, sont à l'origine de ces états d'asphyxie mortelle.

Première observation.

Enfant S... âgé de 2 jours.

Diagnostic clinique: Enfant naissant bien portant, mais trouvé mort et cyanotique le surlendemain.

Diagnostic anatomique: Asphyxie inexpliquée. C'est un enfant pesant 3.050 gr. et mesurant 52 cm., normalement constitué — violacé.
On trouve de multiples taches de Tardieu sur le thymus, plèvres et péricarde.

Il n'y a pas de malformation ni des lésions dans aucun des organes.
Les poumons ont bien respiré.
Le cerveau est très congestionné ainsi que la pie-mère.
On n'a pas trouvé de cause évidente de la mort.

Deuxième observation.

CONGESTION GÉNÉRALE
SANS LÉSIONS MACROSCOPIQUES VISIBLES.

Age: 48 heures.

Diagnostic clinique: Convulsions — dyspnée — cyanose.

Diagnostic anatomique: Enfant de taille normale, bien développé.
Muqueuses cyanosées.
Le *cœur* et les *poumons* sont sans lésions macroscopiques, mais fortement congestionnés.
Le *foie*, la *rate*, les *intestins*, le *pancréas* sont normaux.

Troisième observation.

CONGESTION DU CERVEAU.

Enfant B... âgé de 2 jours.

Renseignements cliniques: nouveau-né faisant des accès de cyanose avec apnée et des crises de convulsions toniques et cloniques.

Diagnostic anatomique: Poids: 3.250 gr. Longueur: 54 cm. Congestion intense et œdème du cerveau. Asphyxie: nombreuses taches de Tardieu au niveau des poumons. Congestion du foie et des reins.

Quatrième observation.

ASPHYXIE — ACCOUCHEMENT GEMELLAIRE.

Enfant R... âgé de 3 jours.

Diagnostic clinique: Malformations congénitales?

Renseignements cliniques: Accouchement gémellaire.
Enfant bien portant après l'accouchement.

Diagnostic anatomique: Poids: 2.020 gr. Longueur: 48 cm.

Pas de malformations — Asphyxie — Taches de Tardieu pulmonaires et sous-épicardiques. — Congestion viscérale. — Injection d'urate à la base des pyramides rénales. Pas de signes de spécificité.

Poids des organes: Cœur: 20 gr. — Poumon droit: 30 gr. — Poumon gauche: 30 gr. — Rate: 10 gr. — Foie: 60 gr., il est mou et congestionné. — Rein: 15 gr. chaque.

Cinquième observation.

GROSSESSE GEMELLAIRE. — ASPHYXIE.

Enfant R.. ayant vécu 3 jours.

Diagnostic clinique: Malformations congénitales

Renseignements cliniques: Accouchement gemellaire. Enfant bien portant après accouchement.

Diagnostic anatomique: Enfant de 3 jours, pesant 2.020 gr. et ayant 40 cm. de longueur. — Pas de malformations.

Asphyxie: Taches de Tardieu pulmonaires et sous-épicardiques.
Congestion viscérale.
Pas de signes de spécificité.

Congestion intense des méninges et du cerveau, surtout à la base.

Poids des organes: Cœur: 20 gr. — Poumons: 30 gr. chaque. — Rate: 10 gr. — Foie: 60 gr.; il est mou et congestionné. — Reins: 15 gr. chaque.

Sixième observation.

Enfant R... âge: 3 jours.

Diagnostic clinique: Faiblesse de la vie.

Renseignements cliniques: Enfants jumeaux.

Diagnostic anatomique: Enfant normalement constitué. — Congestion des organes abdominaux.

Le foie pèse 50 gr. — inégalement vasculaire. Microscopiquement, il présente une congestion intense.

MORT PAR CAUSES INCONNUES.
8 cas.

Enfin, pour terminer, nous groupons dans ce paragraphe les protocoles d'autopsie blanche de cadavres de nouveau-nés décédés sans aucune raison cliniquement ou anatomo-pathologiquement décélable. Ce sont là également des formes médico-légales intéressantes qui doivent éclairer le médecin expert sur la possibilité de la mort naturelle d'un nouveau-né sans causes internes apparente et en dehors de toute hypothèse des manœuvres criminelles comme par exemple la suffocation sous une couverture ou sous un édrédon. Les observations ci-jointes méritent à ce titre d'être rapportées.

Première observation.

Enfant R... âgé de 2 jours.

Diagnostic clinique: Mort subite?
Malformations congénitales?

Diagnostic anatomique: Enfant pesant 3.500 gr.
Le foie pèse 120 gr.
La rate pèse 10 gr.
Il n'y a pas de malformations congénitales, ni aucun signe de syphilis.
La cause de la mort est non connue.

Deuxième observation.

Enfant R... âgé de 1 jour.

Diagnostic et renseignements cliniques: Bassin rétréci — gros enfant. — Vingt-sept heures de travail sans engagement de la tête. Section césarienne. Traumatisme cérébrale? Asphyxie?

Diagnostic anatomique: Poids: 3.600 gr. Longueur: 52 cm. Aucune lésion macroscopique.

Troisième observation.

Enfant L... ayant vécu 2 jours.

Diagnostic clinique: Syphilis? Faiblesse cardiaque — œdème.

Diagnostic anatomique: Aucune lésion suspecte de syphilis macroscopiquement constatable.

Quatrième observation.

FAIBLESSE DE VIE?

Enfant Z... âgé de 14 heures.
Poids: 2.570 gr. Longueur: 48 cm.
Aucune lésion macroscopique.

Cinquième observation.

Enfant E... âgé de 1 jour.

Diagnostic clinique: Convulsions.
Diagnostic anatomique: Aucune lésion macroscopique des viscères ni du cerveau. Aucune malformation.

Sixième observation.

GROSSESSE GEMELLAIRE.

Diagnostic clinique: Enfant malingre, mort 10 minutes après la naissance.
Renseignements cliniques: Grossesse gémellaire.
L'accouchement du premier enfant est normal.
Diagnostic anatomique: Enfant ayant 1.300 gr. de poids et 45 cm. de longueur.
Pas de malformations. — Pas de signes d'hérédo-syphilis.
Poids du foie: 90 gr.
Poids de la rate: 10 gr.
Il y a des suffusions sanguines des lobes occipitaux.

Septième observation.

Diagnostic clinique: Faiblesse cardiaque.
Renseignements cliniques: Prématuré — jumeaux.
Diagnostic anatomique: Pas de lésions macroscopiques.

CONCLUSIONS.

I. La mort naturelle d'un enfant nouveau-né dans les premiers jours qui suivent la naissance n'est pas exceptionnelle. La statistique indiquée dans notre travail établit que cette fréquente est de l'ordre de 1%.

II. Grâce aux riches documents communiqués par l'Institut d'Anatomie Pathologique de la Faculté, où a été pratiquée l'autopsie des petits cadavres provenant soit de l'Ecole des Sages-Femmes, soit de la Clinique d'Accouchement, les causes de la mort et la fréquence de chacune d'elles ont pu êtres établies avec toutes les précisions désirables. Le tableau figurant à la page de notre travail indique notre statistique.

Parmi les causes de mort naturelle les plus fréquentes, nous relevons les hémorragies meningées (29%), la prématuration et la débilité congénitale (23%), l'asphyxie (16,5%), la syphilis (9%), les malformations congénitales (6%), les causes inconnues (2,3%), et un certain nombre de causes variables que nous ne pouvons énumérer ici.

III. Ces statistiques sont intéressantes à connaître en médecine légale à propos des affaires d'infanticie où le médecin expert éprouve parfois des grandes difficultés pour savoir si la mort d'un enfant nouveau-né rélève d'une cause naturelle, accidentelle ou criminelle. Il devra retenir de cet exposé que les asphyxies naturelles sans causes extérieures ne sont pas rares et aussi qu'il peut exister des cas où un nouveau-né peut mourrir naturellement peu de temps après la naissance sans présenter des signes cliniques appréciables et sans que l'autopsie ne révèle la moindre lésion suscéptible de faire connaître la cause de la mort.

Vu
Le Doyen
Merklen.

Vu
Le Président de Thèse
Chavigny.

Vu et permis d'imprimer

Strasbourg, le 22 novembre 1933.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université:
Dresch.